



BULLETIN D'INSCRIPTION

www.cnfpt.fr

À retourner à la structure organisatrice de la formation

Attention : pour qu'une demande soit prise en compte,
toutes les rubriques doivent être renseignées et ne comporter aucune rature ni surcharge

PRÉPARATION CONCOURS OU EXAMEN PROFESSIONNEL

EXAMEN PROFESSIONNEL MONITEUR EDUCATEUR ET INTERVENANT FAMILIAL (exceptionnel d'intégration)

Lieu : 49 53 .. 72..... 44 .. 85

IDENTIFICATION DU STAGIAIRE

M|_| Mme|_| Nom d'usage :

Nom de naissance : Prénom :

Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Adresse personnelle : Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville : Pays : Tél. mobile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tél. personnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tél. professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| poste : |_|_|_|_|

Courriel :

Niveau de diplôme :

SITUATION ADMINISTRATIVE DU STAGIAIRE

Collectivité :

Lieu de travail (résidence administrative) :

Adresse : Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville : Fonction : Service :

Fonction publique territoriale : Titulaire ou stagiaire Contractuel de droit public Contrat aidé Contractuel de droit privé Emploi d'avenir

Hors FPT, préciser :

Grade : Date d'entrée dans ce grade : |_|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Catégorie : A B C Date d'entrée dans la fonction publique territoriale : |_|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Nom et courriel du responsable hiérarchique :

Nom et courriel du correspondant formation dans le service (s'il existe) :

PARTIE A REMPLIR PAR LE SERVICE FORMATION DE LA COLLECTIVITE

Nom de la collectivité : Responsable formation :

N° SIRET - 14 caractères - renseignement obligatoire |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Poste : |_|_|_|_| Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Courriel :

Afin de faciliter le bon déroulement de la formation de votre agent, merci de cocher cette case, le cas échéant, si des besoins d'aménagements particuliers liés à un handicap sont nécessaires.

Nom : Prénom :

OBJECTIFS DE LA DEMANDE DE FORMATION - ne pas remplir s'il s'agit d'une formation d'intégration.

Fonctions exercées et description succincte de vos activités :

Quelles sont les raisons qui motivent votre candidature ?

Avis du chef de service

Avis du responsable formation

Pour les inscriptions prises à titre payant (formation payante par nature ou inscription effectuée pour une personne ne relevant pas de la FPT), le présent bulletin vaut bon de commande.

Le règlement se fera uniquement par mandat administratif sur la base des tarifs actuellement en vigueur.

Soit :€ x jour(s) =€ net.

Le désistement d'un stagiaire dans un délai inférieur à 15 jours francs avant la date de début de la session entraîne le paiement intégral des frais de formation.

PARTIE VALANT CONVENTION DIF

La demande d'inscription est faite dans le cadre du droit individuel à la formation (DIF) : oui non

Si oui, merci de compléter les rubriques suivantes pour que ce bulletin ait valeur de convention entre l'agent territorial et son employeur.

Caractéristiques du DIF utilisé pour cette action :

Nombre d'heures capitalisées par l'agent avant l'action :	heures
Nombre d'heures « DIF » mobilisées pour l'action :	heures
Le cas échéant, nombre d'heures demandées par anticipation du droit :	heures
Le cas échéant, nombre d'heures devant être réalisées et indemnisées hors temps de travail	heures

La demande actuelle d'utilisation du DIF : est la première, fait suite à un premier refus.

PAR LA PRESENTE, L'AGENT ET L'AUTORITE TERRITORIALE CONFIRMENT LEUR ACCORD SUR LE CHOIX ET LES MODALITES DE L'ACTION DE FORMATION.

Le/la stagiaire	Le/la responsable hiérarchique (Facultatif)	L'autorité territoriale
Date :	Nom, prénom :	Nom de la collectivité :
Signature	Qualité :	Nom, prénom du signataire :
	Signature	Qualité du signataire :
		Signature